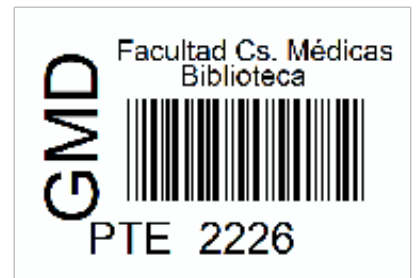


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**TIPOS DE ANALGESIA UTILIZADO EN EL TRABAJO DE PARTO Y
LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES MATERNAS, FETALES Y EN EL
RECIÉN NACIDO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO**

Por:

Enfermera Jorgelina Rodríguez

Directora:

Lic. Mariela Wegner

Docente Asesor:

Lic. Simón Acosta

Rosario, 10 de febrero de 2020

“La meta de Enfermería en sí, es brindar cuidados; pero esto no tiene sentido si no se comprende en esencia el significado de Cuidar”

Nelly Rivera

Agradezco eternamente a mi familia, mi sostén y mi motivo.

Resumen:

La abolición del dolor es siempre un tema controversial. La importancia de la analgesia obstétrica reside en la experiencia que se vive durante un parto que para la mayoría de las mujeres logra ser uno de las más significativas para su vida, por lo que debería estar preservada de complicaciones.

Este proyecto tiene como objetivo general, determinar la relación que existe entre los tipos de analgesia utilizados y la aparición de complicaciones maternas, fetales y en el recién nacido, en madres primíparas que reciben atención del parto en un Hospital público de la ciudad de Rosario, en el mes de abril del año 2020.

Se llevará a cabo un estudio con abordaje metodológico cuantitativo, de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. La población estará constituida aproximadamente por 100 mujeres entre 15 y 35 años de edad, primíparas en trabajo de parto y sus bebés recién nacidos. Se utilizará la observación como técnica y una Lista de Control para la recolección de datos, a los que se les aplicará estadísticas descriptivas bivariadas y su representación gráfica será mediante histogramas de barras adosadas y gráficos de torta.

Palabras clave: Tipos de analgesia, complicaciones maternas, fetales y en el recién nacido, parto respetado.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y Palabras Clave	3
Índice General	4
Introducción	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	5
Planteamiento del problema en estudio	7
Hipótesis y Objetivos	7/8
Marco Teórico	9
Material y Métodos	
Tipo de estudio y Diseño	28
Sitio o Contexto de la investigación	28
Población y Muestra	29
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	30
Personal a cargo de la recolección de datos	35
Plan de Análisis	36
Plan de trabajo y Cronograma	39
Anexos	40
I Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	41
II Instrumento de recolección de datos	42
III Resultado del estudio exploratorio	46
IV Resultado de la prueba piloto del instrumento	47
Bibliografía	48

INTRODUCCIÓN

Históricamente, y hasta hace relativamente pocos años, se vivía el parto como un evento familiar y comunitario que se realizaba en el hogar y que era acompañado y asistido por mujeres que se entrenaban y con experiencia en esa labor. La institucionalización y medicalización del parto tuvo lugar a fines del siglo XIX y principios del XX con el propósito de disminuir las muertes maternas y neonatales que se daban en los partos patológicos. Esto significó que aparecieran los Hospitales como escenario para el nacimiento introduciendo en ellos, que estaban regidos por el concepto de enfermedad, a gran cantidad de madres y recién nacidos sanos. De esta manera se incorporó a la concepción del parto, la internación en lugares separados de la familia, con ambientes algo hostiles como marco y con recién nacidos separados de sus madres, recibiendo generalmente trato y cuidados automatizados y poco afectuosos, produciendo consecuencias iatrogénicas como la desvinculación madre e hijo y cambios también en la lactancia materna al introducir otro tipo de alimentación complementaria.

El aumento de recursos tecnológicos (entre ellos la anestesia peridural) condujeron al incremento y abuso de las cesáreas sin aportar beneficios para la madre y el recién nacido. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2010)

El dolor relacionado con el parto y la forma de abordarlo es un tema tan controversial como el nacimiento mismo. Desde el *“parirás con dolor”* frase muy ligada a las creencias religiosas hasta el tiempo de la analgesia epidural *“epidémica”* descrita en algunos países como España, la analgesia para el parto ha ido pasando por diferentes etapas, pero siempre ha sido tema de estudio y controversias.

En el año 1985 en Fortaleza, Brasil, con el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tuvo lugar la conferencia “Tecnología apropiada para el parto”, donde se identificó la necesidad de llevar a cabo nuevos modelos de atención para la humanización del parto (Nieto & Escobar, Parto Humanizado-Carta de Salud, 2012) y donde se promueve prácticas como: respeto a la elección informada de la mujer, del lugar del parto, del derecho de la mujer a la intimidad, a la elección de los acompañantes, libertad de posición y movimientos durante todo el parto, apoyo afectivo de los asistentes, a que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado y

descanso por aquellas que limitan esas propuestas. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2010)

A partir de estas recomendaciones, hace ya unos años, se ha prestado mayor atención a la importancia del alivio del dolor en el parto. El modelo de atención ha experimentado un cambio importante, pasando de un modelo medicalizado a uno menos intervencionista.

Actualmente existen teorías en pos de procedimientos naturales para afrontar el dolor, donde se afirma que se favorece la producción de endorfinas cuando las condiciones en que se produce el parto son cuidadas, evitando situaciones estresantes. Para ello se debe recurrir a alternativas inocuas para alivio del dolor como son, el baño de inmersión, el cambio de postura, los masajes en la zona lumbar, la utilización de pelotas de goma.

La postura de la OMS es la recomendación de evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto y utilizar preferiblemente métodos no farmacológicos como los mencionados anteriormente. En definitiva, evitar como método de rutina la analgesia epidural. (Arbués & Díaz Bello, 2018)

Otras investigaciones concluyen que la analgesia epidural es una técnica de las más efectivas para aliviar el dolor pero que interacciona con el trabajo de parto incidiendo en partos distócicos y cesáreas. (Montoya Garrido & Conceicao Alves, 2015)

Los cambios que se producen en el organismo del feto son múltiples durante el trabajo de parto, por lo que se considera un momento de riesgo, razón por la cual debe evitarse la administración de fármacos que puedan llegar al feto. Éste se refiere al uso de analgesia epidural de forma temprana en el trabajo de parto y la ocurrencia de complicaciones como el alargamiento del mismo, el nacimiento del bebé algo sedado, la pérdida del deseo de pujo de la madre llegado el período expulsivo, lo que puede hacer necesario la instrumentalización del parto. (Arbués & Díaz Bello, 2018)

Con respecto a los efectos negativos de la analgesia epidural en los recién nacidos un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Granada sostiene que los bebés en cuyos partos se utilizó este tipo de analgesia presentaron un ligero descenso en el índice del test de Apgar. Su investigación fue publicada en la revista Midwifery, y en ella se establece que estos bebés necesitaron en mayor porcentaje de reanimación

y de ser admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales e iniciaron más tardíamente la lactancia materna. (Herrera Gómez, 2015)

En una revisión de Cochrane sus autores concluyen que la mayoría de los métodos no farmacológicos para alivio del dolor en el parto no son invasivos y parecen ser seguros para la madre y el bebé, aunque no está claramente establecida su efectividad debido a la escasa evidencia de alta calidad al respecto. Existe mayor evidencia para apoyar la eficacia de los métodos farmacológicos, pero se reconoce en ellos que tienen mayor incidencia de efectos adversos proporcionando, por lo tanto, alivio efectivo, pero a costa de mayores intervenciones médicas incluida la mayor incidencia de parto instrumental. Por lo tanto, es importante adaptar los métodos no sólo a los deseos individuales sino a las circunstancias como la duración del trabajo de parto y las condiciones fetales. (Jones, 2012)

Así pues, se considera que es necesaria más investigación en este campo para que se logre formar un marco científico conceptual íntegro, basado en la evidencia y clínicamente útil para la gestión de los cuidados durante el parto. Sin perjuicio de la analgesia epidural, la investigación sobre otras técnicas y métodos de alivio del dolor deben llevarse a cabo para lograr incorporarlas en los servicios solas o combinadas. (Arbués & Díaz Bello, 2018)

Con relación a lo desarrollado hasta aquí sobre el tema se establece el siguiente problema: ¿Qué relación existe entre los tipos de analgesia utilizados y la aparición de complicaciones maternas, fetales y en el recién nacido, en madres primíparas que reciban atención del parto en un Hospital público de la zona sur de la ciudad de Rosario en el mes de abril del 2020?

La hipótesis que se someterá a prueba mediante el presente proyecto será que, en mujeres primíparas, que reciben tratamiento no farmacológico durante el trabajo de parto, disminuye la aparición de complicaciones maternas, fetales y en el recién nacido en comparación con las mujeres de la misma paridad que reciben tratamiento farmacológico.

Se establece, así como objetivo general del proyecto determinar qué relación existe entre los tipos de analgesia utilizados y la aparición de complicaciones maternas, fetales y en el recién nacido en madres primíparas y sus bebés que reciban atención

del trabajo de parto y parto en un Hospital público de la ciudad de Rosario en el mes de abril del año 2020.

Objetivos Específicos:

- Identificar la utilización de diferentes métodos de analgesia no farmacológica durante el trabajo de parto y parto.
- Identificar la utilización de analgesia epidural.
- Determinar el alargamiento de la primera y segunda etapa del trabajo de parto.
- Identificar las necesidades fisiológicas maternas alteradas.
- Identificar la aparición de complicaciones fetales durante el trabajo de parto.
- Identificar las complicaciones en el recién nacido en el parto.

El propósito que se intentará establecer con este proyecto será presentar ante las autoridades pertinentes los resultados para que se logre disminuir el porcentaje de aparición de complicaciones relacionadas con la utilización de analgesia en el trabajo de parto y parto, en las madres, los fetos y el recién nacido, con el fin de disminuir así también las intervenciones innecesarias y costosas para el sistema de salud, brindando un servicio de mayor calidad. A partir de los datos obtenidos desde este estudio se propone lograr capacitación sistemática obligatoria al personal del área a fin de mejorar la calidad e integralidad de la atención de las usuarias en un momento tan crucial para la mujer y su familia.

MARCO TEÓRICO

En nuestro país, se redactó y publicó en el año 1993 el primer tomo de la Propuesta Normativa Perinatal cuyo título fue: “Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido”, al cual se sumaron cuatro tomos más, con lineamientos para la atención, promoción, protección y apoyo de las problemáticas perinatales en los años 1995, 1998 y 1999, que fueron distribuidos por todo el país. A los diez años de esta publicación, debió ser actualizada, por lo que en 2001 basándose en la Medicina Basada en la Evidencia y con el aval y correcciones de Sociedades científicas y expertos en el tema, se publica la Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal. Estas guías aportan conceptos como el respeto a las necesidades de la mujer y su familia, atendiendo no solo las de origen biológico, sino también psico, socio, culturales, enfatizando el concepto de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia que desde fin del siglo XX y principios del siglo XXI, crecen en todo el mundo. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud, 2010)

Por otro lado, la Ley 25929 de parto respetado, sancionada y promulgada en 2004 y finalmente reglamentada en 2015, defiende los derechos de las madres, los recién nacidos/as y sus familias al momento del trabajo de parto, parto y post parto, y en ella están detallados los distintos derechos que deben garantizarse a la mujer, el recién nacido/a y su familia.

A partir de la implementación de la metodología del parto respetado se evidenció el aumento de la utilización de métodos de analgesia no farmacológica en el tratamiento del dolor en el trabajo de parto a requerimiento de las usuarias y comienza a producirse un cambio de paradigma en la atención del parto y la forma de nacer.

Con la puesta en práctica de la metodología de parto respetado se busca generar un espacio familiar donde la madre y el recién nacido/a sean protagonistas y que el nacimiento ocurra de la manera más natural posible. Por lo tanto, significa que la mujer siga su propio ritmo de parto evitando intervenciones innecesarias, como también decidir sobre la forma de controlar el dolor durante el trabajo de parto. (UNICEF, 2019)

Es probable que en la experiencia que atravesamos en nuestra labor diaria podamos observar la influencia de la utilización o no de analgesia durante el trabajo de parto,

sobre la aparición de complicaciones en la salud y la seguridad tanto de la madre como del niño por nacer.

La elección de la técnica y la indicación debe ser fruto de un minucioso proceso de estudio de las características de las usuarias como los antecedentes, consideraciones obstétricas relacionadas con el momento del parto. Ésta se fundamenta en la anamnesis, el estado físico, los deseos y las expectativas de las usuarias. La analgesia ideal es aquella que alivie adecuadamente el dolor, sin interferir con la evolución del trabajo de parto y no cause efectos indeseables sobre la madre o el feto. (Caceres, 2019)

Relacionado con lo anterior debe decirse que el parto es un proceso fisiológico universal influenciado por factores psicológicos, sociales y emocionales. Esto es lo que define al concepto de “experiencia en el parto”. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) “un parto comienza de manera espontánea, con un bajo riesgo tanto para la madre como para el feto desde que empieza hasta el alumbramiento. El feto nace en posición cefálica, con 37-42 semanas de gestación de manera natural sin necesidad de intervención médica. Si tanto la madre como el bebe se encuentran en buenas condiciones”.

La experiencia del parto es multidimensional y está estrechamente relacionada con el nacimiento de un bebe sano y el proceso físico y mental del parto que culmina con la adopción del rol de madre. (Arjona López., 2015)

La fisiología del parto se puede considerar igual para todas las mujeres, mientras su significado es diferente y personal. Es descrito como un evento significativo de poderosa importancia psicológica en la vida de una mujer. (Sartori, Vieira, Almeida, Bezerra, & Martins, 2011)

La llegada de una nueva vida a la familia, además de ser un hecho biológico importante, tiene un enorme significado cultural. Se nace en un determinado contexto, el cual ha cambiado mucho a lo largo de la historia. Hoy en día el proceso de parto es una experiencia de interés social cargada de valor político y económico.

Las intervenciones de Enfermería consisten en adoptar estrategias apropiadas para el control del dolor tales como proporcionar a la parturienta toda información, el apoyo, comodidad física además de informar y manejar todos los métodos y sistemas para el control del dolor en el momento del parto. (Arjona López., 2015)

El deseo de analgesia y la elección del método se ven influenciados por muchos factores, entre ellos las expectativas de la mujer, la complejidad del parto y la intensidad del dolor. La mayoría requiere de algún tipo de alivio de este. El dolor extremo puede dar lugar a traumas psicológicos para algunas mujeres mientras para otras, los efectos indeseables de la analgesia pueden ser perjudiciales para la experiencia del nacimiento. El alivio del dolor contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante, aunque no está necesariamente asociado a mayor satisfacción con la experiencia del parto. Para tratar este dolor es posible la utilización de diferentes técnicas medicamentosas o no, que deben tener como condición necesaria la inocuidad de estas en el trabajo de parto y el resultado perinatal.

En la sociedad actual se dispone tanto de recursos eficaces procedentes de la medicina terapéutica para el manejo del dolor durante el parto, como de gran variedad de recursos no farmacológicos situados en el ámbito de las terapias alternativas y complementarias a dicha medicina. Los motivos de la creciente demanda por parte de las mujeres en el parto de estas técnicas no farmacológicas son muy variadas, aunque el más señalado es evitar los efectos secundarios de los recursos farmacológicos. (Arjona López., 2015)

La combinación de técnicas psicológicas y de analgesia obstétrica, parece ser lo mejor para el tratamiento del dolor en el trabajo de parto y dentro de estas últimas, las técnicas regionales de analgesia son las que presentan una mejor relajación-beneficio. (Estévez Rodríguez, 2016)

Aceptar que duele no significa renunciar a la amplia variedad de técnicas inocuas de gran valor en el momento de trabajo de parto y parto. El objetivo de las técnicas no farmacológicas no es eliminar el dolor, sólo facilitar la relajación mental y física, el cambio de conciencia, el equilibrio emocional y hormonal de la parturienta, la confianza y la seguridad en sí misma, o su bienestar físico.

Por todo lo expuesto se considera importante el control analgésico en el parto, como el respeto por la libre elección de la madre por los métodos utilizados para la analgesia ofreciendo siempre una vasta información sobre los mismos no sólo de los efectos benéficos sino también de las probables complicaciones y efectos nocivos. Estas complicaciones fueron identificadas dentro de la investigación realizada, en la utilización de métodos farmacológicos como la anestesia peridural, y son tanto maternas como fetales y en el recién nacido, a saber: hipotensión materna,

alargamiento de la primera y segunda etapa del parto, parto instrumentado, bradicardia fetal, sufrimiento fetal y al nacimiento test de Apgar con índice menor a 7. En cuanto a la utilización de métodos no farmacológicos, como las técnicas de relajación y respiración, los masajes, la hidroterapia (baños de inmersión) y la esferodinamia, no hay evidencia de complicaciones respecto a su uso.

El dolor es una experiencia humana universal. Varios son los aspectos a tener en cuenta necesarios para abordar el tema, como son los aspectos biológicos, evolutivos, familiares, sociales, culturales y cognitivos que se involucran en la percepción del dolor.

El dolor asociado con el trabajo de parto afecta a todas las pacientes, produce alteraciones maternas y fetales que interfieren en el desarrollo normal del proceso. (Arjona López., 2015)

La International Association for the Study of Pain (IASP) elaboró la definición que más ampliamente se ha adoptado para definir el dolor: *“Experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial”*

De una manera más práctica y clínica se podría definir como: “una experiencia sensitiva desagradable acompañada de una respuesta afectiva motora, vegetativa e, incluso, de la personalidad”. (Balust Vidal & Gómez Ferrero, 2011)

El dolor del parto es un dolor agudo de inicio y final bien definidos y de una gran variabilidad individual. (Arjona López., 2015)

Se pueden distinguir tres aspectos del dolor: sensitivo (sensaciones físicas), aspectos afectivos (sentimientos), aspectos cognitivos (pensamientos). Suelen ir unidos, aunque la causa es referida a un solo aspecto y allí los otros dos se unen a la sensación, percepción y expresión dolorosa. Según la etapa del trabajo de parto el dolor proviene de distintos orígenes.

En la primera etapa, o fase activa donde las contracciones son cada 3 a 5 minutos es lenta con una duración en las primíparas de 8 a 20 horas y en las multíparas de 5 a 14 horas. El dolor que se produce por isquemia al disminuir el riego sanguíneo en las contracciones. También al producirse la dilatación del cuello uterino y el borramiento y traccionar los músculos y se estimulan los ganglios nerviosos.

Además, según la presentación fetal por ejemplo en occipital derecha o izquierda posterior la cabeza del feto ejerce presión sobre la columna de la gestante añadiendo

tensión a la zona. Así mismo el desconocimiento de la situación, como otros factores personales, provocan un ciclo miedo-tensión-dolor, como la disminución del umbral del dolor.

En la segunda etapa se produce el estiramiento de la vagina y el piso pélvico también la presión que ejerce la acomodación y la presentación fetal son los factores que producen dolor. Este estímulo doloroso se transmite a través de los nervios torácicos, lumbares y sacros; en este estadio las contracciones más intensas y la duración, que en las primíparas puede ser de 60 minutos y en las multíparas de 30 minutos, puede producir fatiga por la duración del trabajo de parto.

En la tercera etapa o fase de alumbramiento, que tiene una duración de entre 15 y 30 minutos, se produce la expulsión de la placenta la reparación de los laceraciones o desgarros puede verse aumentada la sensación de dolor.

El dolor con todas sus características se integra en el nivel talámico cortical. Los plexos nerviosos que inervan los órganos del aparato genital femenino son los responsables de la transmisión nerviosa hasta estos niveles.

En la primera etapa del parto los impulsos nerviosos ingresan en la cadena simpática en los niveles medulares L I y L V y viajan desde allí hasta raíces posteriores de los nervios torácicos T X, T XI y T XII, ascendiendo por la médula hasta el tálamo. El dolor que es transmitido desde allí es el causado por la dilatación del cérvix y se siente en la piel, los muslos, la porción inferior de la espalda y las caderas. En cambio, las sensaciones dolorosas, en la segunda y tercera fases se transmiten a través de las raíces de los nervios S II, S III y S IV y se producen por el estiramiento de la vagina y la presión del feto a nivel cervical, vaginal y perineal.

Algunos factores y sustancias químicas, como las endorfinas, pueden influenciar la percepción del dolor actuando como mecanismos inhibidores. Las endorfinas juegan un papel muy importante en la inhibición del dolor. Sus niveles varían en las distintas personas, además de que pueden ser hereditarias por lo que se explica las diferencias relacionadas con la sensibilidad al dolor según las diferencias culturales. Durante el embarazo los niveles de endorfinas aumentan. Otra de las cosas que eleva el nivel de endorfinas y por lo tanto el alivio del dolor es la estimulación de la piel y los masajes. (Bueno, 2012)

La teoría del control de entrada es una forma de explicar y entender cómo alguno de estos factores puede actuar como inhibidores del dolor. Esta teoría sostiene que la transmisión de los impulsos dolorosos se produce por un mecanismo de entrada. Si esta entrada se cierra, no se siente dolor, si está abierta, se siente y si se encuentra semiabierta, se produce menos dolor. Mientras la entrada está cerrada, no se transmiten los impulsos dolorosos y por lo tanto la sensación dolorosa no llega a nivel de la conciencia. Esta teoría explica como la experiencia dolorosa es tan individual que estímulos semejantes, no pueden producir sensaciones comparables en diferentes personas. Además, afirma que hay diferentes factores que aportan a la experiencia dolorosa como: no solo la estimulación de las fibras nerviosas, sino la estimulación cutánea y otras percepciones sensoriales, pensamientos y sentimientos.

En el modelo de Loeser se reconocen cuatro niveles: nocicepción, dolor, sufrimiento y conductas que se deben evaluar durante el trabajo de parto.

La nocicepción tiene relación con causas fisiológicas y refiere detección de daño periférico. El dolor es una experiencia sensorial que provoca la percepción de la nocicepción y ambas pueden existir independientemente de la otra.

El sufrimiento es una respuesta afectiva negativa que es producida desde centros nerviosos superiores a partir de distintas situaciones o de dolor.

Las conductas son generadas a partir del dolor e indican presencia de nocicepción. Existen investigaciones acerca de los aspectos psicológicos de la percepción del dolor, en las que se acuerda que la reacción, percepción y expresión de dolor están influenciadas por innumerables variables. En consecuencia, para comprender el dolor hay que reconocer factores ambientales, psicológicas tanto como el sistema nociceptivo y como todos ellos afectan la percepción del dolor. (Bueno, 2012)

Las alternativas para alivio del dolor en el trabajo de parto y parto pueden variar entre las mujeres y en cada una a medida que evoluciona el proceso, teniendo en cuenta, además la evolución que presenta el parto. La clave es tratar de minimizar el dolor cuidando las condiciones del parto y que cada mujer tenga los recursos a su medida comenzando por los más inocuos y agradables y dejando aquellos que pueden tener efectos colaterales como último recurso, siempre disponible. (Estévez Rodríguez, 2016)

La asistencia al parto de manera humanizada a influenciado la búsqueda de medidas con mayor inocuidad, ya que el alivio del dolor siempre debe relacionarse con un parto saludable, con la mayor seguridad garantizada.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda implementar medidas no farmacológicas para alivio del dolor en el proceso de parto. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

En la Ley Nacional N° 25929 de nuestro país promulgada en septiembre de 2004, en su artículo 2° inciso “d” cita:

“Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el post parto, tiene los siguientes derechos:... d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer”...

El trabajo en equipo del personal de salud asistentes al parto dará como resultado, junto con la analgesia, la satisfacción materna. El parto humanizado empodera el protagonismo de la madre, el padre y el hijo, permitiendo que tengan libertad para la toma de decisiones, favoreciendo que esta experiencia sea satisfactoria. (Nieto & Escobar, 2012)

La información brindada a la mujer sobre las opciones analgésicas, los efectos adversos potenciales y los beneficios, será un factor fundamental para la satisfacción materna.

La técnica utilizada, debe permitir el alivio del dolor, pero además la posibilidad de que la madre participe activamente en el parto y debe tener mínimos efectos en la evolución del trabajo de parto y parto y no debe producir efectos adversos sobre el niño. (Estévez Rodríguez, 2016)

La anestesia busca conseguir la ausencia de dolor, pueden provocar el adormecimiento local, pérdida de la sensibilidad o una relajación muscular general y hasta depresión del sistema nervioso central. Para el tratamiento del dolor en el parto se pueden usar anestesia local, regional y general, siendo la de uso más habitual la anestesia epidural.

Un gran paso se dio en 1847 cuando James Young Simpson utilizó éter dietílico como anestésico para un parto de una mujer con deformación de pelvis, aunque previamente Morton, en Boston USA, había realizado una demostración de las propiedades anestésicas del éter. Allí comenzaron las controversias sobre este uso generando

controversias en toda la comunidad científica. En 1853 John Snow administró cloroformo a la reina Victoria para dar a luz a su hijo Leopoldo, las críticas sobre el hecho no se hicieron esperar. Lo que cambió estas controversias fue la opinión pública, las mujeres comenzaron a decidir que querían anestesia y virtualmente forzaron a los médicos a ofrecerla. Este cambio a favor de la anestesia obstétrica marcó también un cambio en la actitud social desarrollada en varios siglos. En la mayor parte de los países occidentales, el mayor cambio surgió en el siglo XIX, la concepción del dolor comenzó a tener una connotación biológica y ya no teológica, por lo tanto pasibles de estudio y control con los nuevos métodos de la ciencia y la tecnología. Esto facilitó el desarrollo de la medicina moderna y la anestesia obstétrica.

Alrededor de 50 años después Von Steinbüchel creó una técnica combinando opioides con escopolamina a la cual llamó "*twilight sleep*", o sueño crepuscular que producía amnesia. Los médicos reaccionaron a esta técnica, resistiéndose cuestionando la relación riesgo-beneficio; las mujeres de todas formas persuadieron a sus médicos para utilizarla.

En los años previos a la Primera Guerra Mundial se produjeron cambios en la obstetricia ganando reputación como una de las más avanzadas especialidades, esto estimuló a los médicos a realizar trabajos sobre los temas sin resolver: los efectos de las drogas sobre el niño y la relación del dolor con el trabajo de parto.

Algunos fisiólogos ingleses se dedicaron a estudiar la posibilidad de que las drogas anestésicas atravesaran la placenta y en 1847 llegó la confirmación de esta inquietud. Luego en 1874 Paul Zweifel resolvió este debate utilizando sangre del cordón umbilical para una reacción química. Los peligros que se relacionaban con la técnica de "*twilight sleep*" aparecían insidiosamente. Sus creadores recomendaban prudencia en las dosificaciones y evaluaciones de la memoria en la madre. Pero, el poder de observación era muy pobre.

Ya a finales del siglo XIX los médicos popularizaron el uso de la morfina. No obstante, se observaron efectos como movimientos fetales bruscos o muerte fetal, que se interpretaron como síndrome de abstinencia.

Llegando a 1950, no se lograba todavía poner luz sobre los conocimientos respecto al tema. En 1953, la Directora de la División de Anestesia del Hospital de la Universidad de Columbia, (USA), la Dra. Virginia Apgar realizó la descripción mediante un sistema

simple de la evaluación del recién nacido para detectar diferencias en los niños cuyas madres habían utilizado distintos tipos de anestesia. Este score centro la atención en el niño haciendo de su condición un estándar para la evaluación del manejo obstétrico. (Celesia, 2004)

La prueba de Apgar se realiza a los recién nacidos en el primer y quinto minuto luego del nacimiento del bebé. El primer minuto y el puntaje que se obtiene en el mismo determina la tolerancia del bebé en el proceso de nacimiento. Por otro lado el puntaje al quinto minuto del nacimiento indica la evolución del bebé en la vida fuera del vientre materno. En este test se examina en el bebé: el esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, tono muscular, reflejos y color de la piel. A cada categoría se le asigna un puntaje de 0, 1 o 2 de acuerdo al estado observado.

Para el esfuerzo respiratorio se le asigna el puntaje de 0 si el bebé no respira; cuando hay respiraciones lentas e irregulares el puntaje asignado será de 1; y en el caso de que el bebé llore bien y se encuentre vigoroso el puntaje será de 2.

La evaluación de la frecuencia cardíaca mediante el estetoscopio es la más importante. Si no se auscultaran latidos cardíacos el puntaje será de 0 en frecuencia cardíaca; cuando la frecuencia cardíaca sea menor a 100 latidos por minuto, el puntaje para el bebé será de 1; si los latidos cardíacos se encontraran por encima de 100 latidos por minuto, el puntaje será de 2 para frecuencia cardíaca.

Para el tono muscular: cuando los músculos se evidencian flojos y flácidos, el puntaje será de 0 para tono muscular; si existe algo de tono muscular, el puntaje será de 1; y si existen movimientos activos, el puntaje para el bebé será de 2 en tono muscular.

Las gesticulaciones o muecas como respuesta como el reflejo de irritabilidad describe la respuesta a la estimulación, como un pinchazo leve: si no existe reacción a los estímulos el puntaje será de 0 para reflejo de irritabilidad; en el caso de que haya algunas gesticulaciones o muecas, el puntaje para el bebé en reflejo de irritabilidad será de 1; si además de las gesticulaciones hay una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje será de 2 para reflejo de irritabilidad.

Para color de la Piel: cuando se observe un color azul pálido en la piel el puntaje del bebé será de 0 para color de la piel; si existiera acrocianosis, coloración rosada de la piel en el cuerpo y las extremidades azuladas el puntaje será de 1 para color de la piel; si todo el cuerpo se encontrara rosado, el puntaje será de 2 para color de la piel.

La razón para efectuar este examen es determinar si el recién nacido requiere de ayuda con la respiración o tiene problemas cardíacos. (MedlinePlus, 2019)

Así como la preocupación por el bienestar fetal, también surgió la inquietud con respecto al trabajo de parto. Tanto el éter como el cloroformo producían depresión de las contracciones uterinas y también abolían la sensación y reflejo de pujo en la segunda etapa del trabajo de parto. Simpson al emplear altas dosis de estos anestésicos, mantenía a la mujer inconsciente durante la primera etapa. En cambio, Snow llevó a cabo una revisión sobre los efectos de la anestesia en el parto y limitaba el uso a breves períodos, durante la contracciones por lo que mantenía a la mujer confortable y colaboradora. Esto lo desarrolló creando un aparato que vaporizaba el anestésico. Este método luego se utilizó con todos los anestésicos inhalatorios: óxido nitroso, etileno, ciclopropano, tricloroetileno, metoxyfluorano. La medicina entonces comenzó a tener más cautela en el uso de anestésicos y su uso se limitó a problemas como versión, fórceps, presentaciones anormales y eclampsia.

Los nuevos aportes de la ciencia que llegaron a fines del siglo XIX con nuevos conocimientos sobre la inervación de las vísceras abdominales llevaron a investigar sobre la independencia del trabajo de parto del sistema nervioso y continuando, en los comienzos del siglo XX, apareció la anestesia regional que permitió explorar sus efectos. Koller mediante la introducción del uso de la cocaína como anestésico regional, aportó al desarrollo de varias técnicas: espinal, peridural, caudal, pudenda, sacra, etc. Estas técnicas demoraron en ser aceptadas sobre todo por no asegurar la ausencia de efectos en el feto. Numerosos estudios surgieron a partir de 1944 con respecto a la anestesia caudal, sobre todo, que, al aparecer catéteres pequeños para la introducción de una aguja maleable colocada en el canal sacro, popularizó su implementación.

Al mismo tiempo que se popularizó la utilización de anestesia regional, surgió el método del parto natural cuyo exponente es Dick-Read, quien atribuía a la activación del sistema simpático por miedo el dolor del parto en los partos no complicados, y lo que proponía era que las mujeres debían aprender mediante técnicas de autocontrol a eliminar el miedo.

Se puede afirmar entonces que, respecto de la anestesia obstétrica, cada nueva droga y método supone riesgos como pudimos reconocerlo en que debieron pasar más de 50 años para modificar la práctica y limitar los efectos anestésicos producidos por los

agentes inhalatorios. Por otro lado, que las nuevas técnicas o drogas suelen causar problema totalmente inesperados como pudo demostrarlo Semmelweis quien introdujo el concepto epidemiológico estudiando la transmisión de infecciones por falta de lavado de manos en relación con la fiebre puerperal a la aplicación de anestesia.

Otro aspecto que puede destacarse es la relación de la anestesia obstétrica con las ciencias básicas ya que el desarrollo de la medicina permitió aplicar conocimientos de anatomía, fisiología y química al estudio y tratamiento de enfermedades. Por lo tanto, estudiando la placenta se estudió la transferencia de drogas y su efecto potencial sobre el feto. También así los estudios sobre el útero dieron lugar a describir los potenciales efectos anestésicos sobre el trabajo de parto, todo para lograr mejorar la atención a las pacientes. (Celesia, 2004)

La anestesia regional es la inyección de anestésicos para bloquear un grupo de nervios de una región. La anestesia epidural consiste en la inyección por vía lumbar o caudal de medicación en el espacio epidural.

El espacio epidural se sitúa entre la duramadre y el ligamento amarillo y va desde la base del cráneo hasta el final del canal sacro. El anestésico al ser inyectado rodea a la duramadre y de esta forma actúa a nivel de los nervios que van a la parte inferior del cuerpo, por lo tanto, se produce anestesia de esa zona.

Previamente a iniciar el bloqueo deben administrarse líquidos intravenosos para hidratar a la paciente y tener un acceso intravascular en caso de que surjan complicaciones. La mujer debe colocarse en posición sentada con el mentón inclinado tocando el pecho o puede colocarse en decúbito lateral izquierdo con los hombros paralelos, el mentón hacia el pecho y las piernas flexionadas. Se realiza preparación de la zona de punción con antiséptico y se inyecta anestésico local lo que produce en la piel una roncha que sirve para inhibir la sensibilidad de los ligamentos supra e interespinosos. Luego se procede a la inserción de la aguja que debe llegar hasta el ligamento amarillo a nivel del segundo, tercer y cuarto espacio intervertebral lumbar. Suele identificarse este nivel por la resistencia a la inyección de solución salina.

Al llegar al espacio epidural desaparece tal resistencia y es en ese momento donde deben inyectarse 2 o 3 ml de anestésico de prueba: Bupivacaína 0,5% 3 ml (menos tóxica que la Lidocaína al 2 %), para asegurarse de que no se está en la duramadre, luego, una vez seguro se inyecta la dosis anestésica: fraccionadamente en bolos de 3

en 3 ml, Bupivacaína 0,125 % + Fentanilo 5 mg/ml hasta 10 ml. debe dejarse el catéter fijado a la espalda con tela adhesiva por si se requiere de una nueva dosis en el transcurso del parto. Deben controlarse continuamente las constantes vitales maternas y fetales, y el grado de bloqueo motor. El catéter se mantendrá colocado hasta finalizado el parto y luego se retirará suavemente y se comprobará su integridad. (Bueno, 2012)

Los efectos adversos que pueden aparecer con la analgesia son: hipotensión (relacionada con altas dosis), el prurito, la fiebre, náuseas y la retención urinaria más tardíamente. En el feto, mejora el flujo útero placentario cuando también la madre presenta estabilidad hemodinámica, los cambios pueden producirse en el ritmo cardíaco fetal tras bolos de anestésicos.

Con respecto al desarrollo normal de un trabajo de parto, puede incidir en su progreso aumentando la necesidad de oxitocina ya que puede modificar el ritmo de las contracciones y por lo tanto también puede prolongar la segunda etapa del trabajo de parto. Como así también puede producirse aumento de necesidad de parto instrumentado y también aumento de la incidencia de finalización por cesárea por alteraciones del registro fetal.

Durante la realización de la técnica de analgesia pueden producirse parestesias como efecto secundario, como en el período de dilatación hipotensión, entendida como la tensión arterial sistólica menor de 90 mmHg, náuseas y vómitos, fiebre (temperatura > 37°5), temblores y prurito. En el post parto puede producirse dolor de espalda, cefalea y retención urinaria.

Dentro de las complicaciones que pueden presentarse con la analgesia epidural están la punción hemática, el bloqueo epidural alto, la punción dural accidental y la inyección intravascular de anestésico local. Donde se reconoce como el de mayor gravedad, ya que ponen en riesgo la vida de la madre y el feto el bloqueo peridural alto ya que produce repercusiones hemodinámicas y respiratorias. Esta complicación es poco frecuente pero ya que la gravedad de las complicaciones por alta frecuencia en los episodios cardiorespiratorios si se detecta tardíamente o su tratamiento no es adecuado inciden muy gravemente sobre mamá y bebé. Suele asociarse con hipotensión severa, bradicardia, bloqueo motor completo sensitivo alto y parada cardiorrespiratoria. Pueden evidenciarse estos efectos con una vigilancia y monitoreo

estrecho de la paciente supervisando el estado de bloqueo de los miembros superiores, disnea y alteración del estado mental (confusión, somnolencia o agitación).

El bloqueo alto también genera disminución en la perfusión placentaria severa, lo que puede producir, si no se corrige rápidamente, una inestabilidad hemodinámica y respiratoria materna que lleva a la hipoxia fetal con acidosis láctica que ocasiona bradicardia fetal o incluso muerte intra-útero.

Las mujeres embarazadas presentan mayor absorción sistémica por el aumento del gasto cardíaco, sensibilización del miocardio por acción de la progesterona y el estradiol, por lo cual son más sensibles a la toxicidad anestésica y tienen mayor riesgo de arritmias y convulsiones. (Estévez Rodríguez, 2016)

En relación a los efectos adversos maternos con mayor incidencia son el prurito, seguido de náuseas se puede observar una frecuente asociación con el opioide utilizado como fentanilo o sufentanilo. Y la hipotensión arterial a la asociación de fentanilo y bupivacaína lo que también conduce a la disminución de la perfusión uterina con la consiguiente reducción de la actividad uterina y menor oferta de oxígeno para el feto. (Hudson Macendo, 2015)

La disminución de la actividad uterina o hipodinamia es la reducción significativa de la frecuencia e intensidad de las contracciones. Suelen ser de fácil tratamiento y tener pocas repercusiones fetales y se clasifican en primitivas y secundarias.

Las hipodinamias primitivas tienen una etiología primitiva desconocida. La administración en fases tempranas de analgesia se asocia a este trastorno. La repercusión clínica que conlleva esta distocia dinámica se puede relacionar con el alargamiento de la fase latente o activa del parto, la detención de las mismas y/o el alargamiento del período expulsivo.

El tratamiento para las hipodinamias es la rehidratación y administración de líquidos E.V. Como tratamiento farmacológico se utiliza la administración de oxitocina endovenosa en infusión continua, comenzando con dosis bajas y se va incrementando aritméticamente cada 20 a 30 minutos hasta conseguir la dinámica adecuada para cada fase del trabajo de parto. (Cabero Roura, Saldívar Rodríguez, & Cabrillo Rodríguez, 2010)

Por otro lado otro de los inconvenientes que puede presentarse con el uso de analgesia epidural es la reducción de la movilidad de los músculos perineales y del canal del parto por lo tanto la utilización de intervenciones instrumentales como la utilización de fórceps y ventosas al disminuir la capacidad de pujo en el período expulsivo. Una de las indicaciones para la utilización de, tanto fórceps como ventosas, es la analgesia excesiva o un período expulsivo prolongado entre otras. El fórceps es un instrumento diseñado para, específicamente, la extracción de un feto vivo por cualquier vía de parto. Existen distintos tipos y están diseñados para ser utilizados en diferentes momentos del parto y según la presentación fetal. Nunca debe forzarse su aplicación y la técnica va a cambiar de acuerdo a la altura de la cabeza del feto, la variedad de la posición el tipo de fórceps y la preferencia del obstetra.

La técnica básicamente consiste tres pasos principales:

La prensión: las cucharas del fórceps abarcan ambos parietales y llegan a la apófisis cigomática del hueso malar logrando una presión uniforme y en la zona de menor vulnerabilidad a las lesiones.

La tracción: es la función primordial del fórceps. Los movimientos que deben realizarse para la expulsión deben remedar los movimientos que naturalmente realizaría el feto al atravesar el canal del parto si fuese espontáneamente.

La rotación: debe efectuarse simultáneamente con la tracción, su objetivo es colocar la presentación en un diámetro adecuado para el descenso, reproduciendo artificialmente el mecanismo del parto.

La ventosa es un instrumento de flexión y tracción. Básicamente consiste en una cazoleta de caucho o silastic, en forma de campana, conectada a la toma de vacío que se inserta en forma excéntrica o central. La cazoleta es la que se aplica y adapta al cuero cabelludo y se ejerce presión negativa creando vacío desde el centro permitiendo al obstetra la direccionalización de la tracción en el eje deseado. El aparato de succión permite realizar la succión necesaria sobre la cazoleta y debe contar con un manómetro o medidor de presión para evitar, controlando ésta, la posible aparición de traumatismos en el cuero cabelludo y cráneo. (Cabero Roura, Saldívar Rodríguez, & Cabrillo Rodríguez, 2010)

En lo referente a las complicaciones fetales que pueden presentarse son efectos atribuidos al efecto farmacológico directo debido a la transferencia placentaria del

fármaco que recibe la madre, como también a efectos indirectos relacionados con las consecuencias de los cambios fisiológicos que se producen en la madre, como los cambios hormonales. (Herrera Gómez, 2015)

Es importante también el manejo no farmacológico del dolor. Brindando información acerca de la evolución del trabajo de parto se hace saber a la mujer lo que irá sucediendo y por qué y así ella está preparada para enfrentar el dolor.

Un factor muy importante es el acompañamiento ya que con esto se disminuye el estrés y el miedo que son causas en muchas ocasiones de aumento del dolor.

La mujer debe tener la libertad de adoptar la posición o posiciones que favorezcan su comodidad, como caminar o acostarse según ella desee. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2010)

Las medidas analgésicas no farmacológicas utilizadas en el efector sitio de estudio son: hidroterapia (baños de inmersión), esferodinamia, estimulación cutánea, técnicas de relajación y respiración, los que se describen a continuación.

Comenzando por la hidroterapia o baños de inmersión podemos decir que la utilización terapéutica del agua es una constante a lo largo de la historia de la humanidad. El agua caliente, su utilización en baños de inmersión, estimula la producción de endorfinas reduciendo la ansiedad, por lo que se mejora la perfusión uterina y acorta el período dilatante, aumentando de esa forma la sensación de control y satisfacción. Utilizando este método en la primera etapa del trabajo de parto disminuye el dolor y el uso de analgesia epidural.

Existe una reducción estadísticamente significativa del uso de analgesia epidural en el período dilatante que no incide perjudicialmente en la duración del mismo. Por lo tanto debería apoyarse la implementación de este método para reducción del dolor. (Estévez Rodríguez, 2016)

Debe mantenerse la temperatura del agua en 37° C y comenzar la inmersión cuando la dilatación se encuentra en los 5 cm, y no debe pasar de 2 horas de inmersión ya que su uso en períodos previos puede inducir partos prolongados y el uso de anestesia peridural y oxitócicos. (Bueno, 2012)

Las endorfinas son analgésicos naturales y su producción aumenta cuando la embarazada no se encuentra sometida a mucha estimulación sensorial, en el agua se logra el aislamiento perfecto.

La oxitocina es imprescindible para que las contracciones sean efectivas, la redistribución del volumen sanguíneo que se produce con la inmersión en el agua activa la hipófisis encargada de segregar esta hormona favorece la dilatación sin dolor. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012)

Con respecto a las técnicas de relajación y respiración podemos decir que liberan al dolor de la carga emocional que lo transforma en sufrimiento, por lo cual puede percibirse la sensación más objetivamente. La respiración, permite además de la buena oxigenación materna y fetal, que se pueda descentrar la concentración de las contracciones. Son numerosas las técnicas y existen variedad de métodos. Los más utilizados son relajación progresiva, yoga, el zen, la meditación, etc.

Las personas que se encuentran al cuidado de la paciente, como la enfermera, debe ayudar mostrando diferencias entre relajación y tensión. (Bueno, 2012)

Cuando la mujer se encuentra relajada sin presión y con control de la situación, el cerebro trabaja de manera precisa produciendo la hormona necesaria en el momento adecuado siguiendo un proceso natural que culmina en el nacimiento La adrenalina es la hormona del estrés y alcanza su pico máximo con la expulsión del feto, pero si ésta se mantiene en niveles altos en el trabajo de parto endurece el cuello del útero y son necesarias más contracciones para llegar a la dilatación completa, está comprobado que cuando la mujer está en el agua templada los niveles de ésta disminuyen. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012)

Por el lado de la estimulación cutánea, es la estimulación de la piel que produce el alivio del dolor y no requiere de preparación previa y pueden reconocerse en ellas el masaje y la presión/masaje. El efecto general es disminuir el dolor. A veces es levemente dolorosa la presión y luego aparece el alivio. El masaje y el tacto tranquilizador pretenden ayudar a las mujeres a relajarse y aliviar el dolor de las contracciones. El masaje suave sobre los hombros y la espalda disminuyen la tensión y por lo tanto el dolor. (Bueno, 2012)

La presión manual en la zona sacra puede hacer bascular el sacro. En el momento del encajamiento puede crearse así la contra nutación (aumenta el estrecho superior de la

pelvis y se cierra el inferior, posición normal de la articulación sacroilíaca), desde el exterior, al mismo tiempo que la cabeza del feto busca su camino de entrada desde el interior. Sin embargo, el lugar de la presión debe ser muy preciso, debe aplicarse en el sacro medio hacia el sacro-coxis y no a nivel sacro lumbar, lo que provocaría el efecto inverso. (Blandine Calais-Germain, 2007)

Otra de las técnicas de analgesia no farmacológica es la esferodinamia combinada con la utilización de telas. El uso de grandes pelotas de goma se ha popularizado en gimnasios y servicios de rehabilitación para, entre otros usos, mejorar la movilidad de la pelvis y relajar la musculatura. En los últimos años, se han comenzado a utilizar en las áreas de parto, tratando de buscar el bienestar de las pacientes al proporcionarles un tipo de asiento cómodo que permite la movilización de la pelvis y el consiguiente alivio. Es uno de los mejores medios para movilizar la pelvis. El material inestable de la pelota es igual que la pelvis que está encima. Existe un parecido entre el balón grande que se mueve en todos los sentidos y la articulación de la cadera que también es multidireccional. Suman estas dos movibilidades un “extra” para el parto. Este medio ayuda a crear un efecto “tamiz”, al mismo tiempo que el efecto de la gravedad y la verticalidad hacen las contracciones más efectivas. Suspenderse además de una tela colgada del techo, se trata de una misma propuesta que al mantenerse se trata de una misma que al mantenerse de pie sosteniendo en la tela los brazos y el tronco y el balón sosteniendo y meciendo la pelvis resulta más relajante. Sirve para descargar el peso de la caja torácica en la tela y tiene como efectos una pelvis y un útero mucho más livianos y en verticalidad. El sacro se libera del peso del tronco y es traccionado por los músculos de la espalda. (Blandine Calais-Germain, 2007)

Su uso se asocia con innumerables beneficios además de la disminución de dolor: proporciona confort en la mujer favoreciendo la relajación, aporta a la participación activa de la mujer durante el trabajo de parto, su uso favorece la secreción natural de endorfinas, prostaglandinas y oxitocina tres de las hormonas fundamentales durante el trabajo de parto, reduce la duración de la primera etapa del trabajo de parto, las ventajas que ofrece relacionadas con la posición supina son: mejorar la circulación materna y fetal, regulariza las contracciones las vuelve más fuertes y menos dolorosas, aumenta los diámetros pélvicos y la movilidad de los ilíacos y el sacro, favorece el descenso y progresión del de la presentación o sea, la alineación feto-pélvica, produce una disminución en el trauma perineal favoreciendo la relajación estiramiento y

fortalecimiento de la región pélvica. Debido a la libertad de movimientos, la parturienta puede realizar movimientos de anteversión y retroversión ayudando a la relajación de la musculatura, sobre todo de los músculos elevadores del ano, pubococcígeos y la fascia de la pelvis. (Luces Lago, Mosquera Pan, & Tizón Bouza, 2014)

Con respecto al marco conceptual en el que se ubicaría a los cuidados que deben brindarse en el acompañamiento del trabajo de parto y entre ellos la elección de la analgesia, podemos reconocer a Ernestine Weidenbach y su teoría como filosofía que es lo que, según ella, motiva a la enfermera a actuar de cierta manera. Ella destaca cuatro elementos principales para la enfermería clínica: una filosofía, un propósito, una práctica y el arte.

Respecto a la filosofía caracterizó componentes esenciales asociados con la filosofía de enfermería: la reverencia por la vida, respeto a la dignidad, el valor de la autonomía, la individualidad de cada ser humano y la resolución para actuar en personas de manera profesional manteniendo sus creencias.

El propósito, está marcado en que las enfermeras deben dirigirse hacia el bien general del paciente en cada uno de sus ámbitos personales y del entorno.

La práctica está reflejada en las acciones de la enfermera que se observan cuando las enfermeras se encargan del cuidado y bienestar del paciente que solicita ayuda.

El arte de la enfermería incluye la comprensión de las enfermeras sobre las necesidades e inquietudes de los pacientes, las metas de su desarrollo y las acciones destinadas a la mejora de la capacidad de los mismos dirigiendo las actividades relacionadas con el plan médico para mejorar sus condiciones.

Weidenbach conceptualiza claramente a la enfermería como la práctica de la identificación de las necesidades de un paciente en busca de ayuda mediante la observación de la presentación de comportamientos y síntomas con el paciente, para determinar las causas de la incomodidad, la determinación de la capacidad del paciente para resolver su malestar.

Para que la enfermera pueda proceder en el proceso de ayuda para el paciente, debe incorporar su contexto más próximo que es la familia, que será un pilar fundamental para la recuperación y rehabilitación del paciente. Además, dicha relación enfermero-paciente-familia debe ser bajo ciertas características: la comunicación y la educación.

Además, promueve un auto-cuidado del paciente para mejorar su calidad de vida.
(Marriner Tomey & Raile Alligood, 2003)

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio será observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Será observacional, ya que las variables serán estudiadas tal cual se presenten en la realidad, sin manipularlas. Será descriptivo ya que su objetivo será determinar la situación de las variables en la población detallada, determinar la presencia o ausencia de ellas o la frecuencia con la que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), caracterizar el problema, proveer de bases para otros estudios o próximas investigaciones. Será prospectivo ya que se iniciará con la exposición de una supuesta causa y se continuará con el seguimiento de la población determinada a través del tiempo hasta identificar o no la aparición del efecto, la información se recogerá según vayan ocurriendo los hechos. Y finalmente será transversal, ya que las variables se estudiarán simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, en este caso el tiempo no es determinante en relación con la forma en que se dan los fenómenos, por tal motivo se realizará una única medición de la variable.

SITIO O CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Se seleccionó para la realización del trabajo de campo del presente estudio, un Hospital Público que se encuentra ubicado en la ciudad de Rosario y más específicamente en la zona sur. Esto se llevó a cabo mediante la utilización de una Guía de Convalidación de Sitio (ver anexo I) que sirvió para el relevamiento de datos ya que no se convalidó entre dos sitios sino que se reconocieron en el efector seleccionado las características necesarias para el desarrollo del proyecto por ser en la ciudad uno de solo dos que trabajan con la metodología del parto respetado y el de mayor experiencia y desarrollo de ese método. Los resultados del estudio exploratorio en los anexos. (ver anexo III)

en calle Laprida 5381, que es referente de Nivel II de complejidad de los Distritos Sur y Sudoeste ya que se lo considera pionero en la aplicación de la Ley de Parto Respetado y del cambio de paradigma en la atención de partos. Este efector coordina su atención con Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad y cuenta con consultorios

externos de diversas especialidades clínica, quirúrgicas, neonatología, guardia pediátrica y de adultos general e internación clínica con aislamientos.

Cuenta también con el área integral de la mujer que suma servicio de ginecología y guardia toco ginecológica donde se trabaja con el compromiso de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres. Funciona así mismo, una consejería para el acompañamiento de la salud sexual y reproductiva con el fin de acompañar a las mujeres, sus familias y parejas en las decisiones sobre su vida sexual. De él forman parte distintos profesionales conformando un equipo interdisciplinario y se enmarca en la política de Salud Integral de la Mujer.

En el Hospital se encuentra también un área de alojamiento para mamás de bebés internados en Neonatología, quirófanos donde se realizan Cirugías Generales programadas y Gineco mamarias.

Las salas de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación poseen la oferta de distintas alternativas para que la mujer elija cómo transcurrir su trabajo de parto. Están equipadas con elementos y tecnología adecuada para realizar intervención y asistencia al recién nacido de ser necesario. En el sector se incluye una sala de neonatología y quirófanos equipados. Allí se promueve profundizar el paradigma que incluye la estrategia del parto y nacimiento respetado y favorecer el apego inmediato a través del contacto piel a piel.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estará compuesta por todas las mujeres entre 15 y 35 años de edad, primigestas cuyos embarazos cursen las 37 semanas de gestación en adelante (embarazo a término), y los bebés que de ellas nazcan.

Unidades de análisis: cada una de las mujeres de entre 15 y 35 años de edad que cursen las 37 semanas de gestación en adelante y cada uno de los recién nacidos que de ellas nazcan.

Los criterios de exclusión serán para las madres:

- Mujeres que lleguen a la internación con 9 cm de dilatación.
- Mujeres que se internen con dilatación completa.

- Mujeres con trabajos de parto prematuros o pretérmino.
El criterio de exclusión será para los recién nacidos:
- Recién nacidos con diagnóstico prenatal de patologías fetales.

Tamaño de la población

El estudio se llevará a cabo tomando a toda la población que durante el tiempo que comprenda el mismo reúnan los criterios de inclusión/exclusión antes mencionados. Según datos aportados por el estudio exploratorio se estima una población de 100 sujetos de estudio aproximadamente. Por tal motivo no se realizará muestreo ya que la población es factible de ser medida en su totalidad.

Teniendo en cuenta la validez externa, el estudio posee limitaciones para generalizar los hallazgos debido a que se encuentra sesgado al realizarse en una sola institución y a su vez debido a la multifactoricidad en el desarrollo de complicaciones maternas y fetales durante el trabajo de parto. Por lo tanto los resultados sólo se podrán generalizar a la población en estudio.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo la recolección de datos se utilizará la técnica de observación no participante, debido a que no se establecerá relación con los sujetos observados ni se intervendrá en las situaciones o fenómenos estudiados, para ambas variables. Esta es una técnica que permite que los datos obtenidos sean más objetivos.

Se confeccionó una Lista de Control como instrumento estructurado, creada por la autora de este proyecto, para la que se tomó como referencia la Guía de seguridad en el parto elaborada por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2015), que se aplicará en la sala de parto de un hospital de la zona sur de la ciudad de Rosario, durante el mes de abril del año 2020. La misma se denominará Lista de Control de utilización de analgesia y aparición de complicaciones del trabajo de parto, parto y en el recién nacido que se describirá a continuación (ver Anexo II).

En primer lugar tendrá un apartado para la edad de la paciente y la edad gestacional, siendo estos aspectos relevantes como criterios de inclusión. Está dividida en tres

instancias a saber: - Durante el trabajo de parto, - Durante el parto, -Al nacimiento. Dentro de la lista se incluyen opciones de elección única dicotómicas, para la variable tipos de analgesia se obtuvieron dos dimensiones con un indicador para la dimensión farmacológica y seis indicadores para la dimensión no farmacológica. Por otro lado, para la variable aparición de complicaciones maternas, fetales y en el recién nacido se reconocieron cuatro dimensiones, la primera con cinco indicadores; la segunda con cuatro indicadores; la tercera con cuatro indicadores y la cuarta con un indicador.

La observación no depende de terceros o registros, esto contribuye a eliminar distorsiones y sesgos de los informantes lo que se reconoce como una ventaja de la técnica. Como desventaja se le reconoce que requiere de mayor tiempo que otras técnicas y también se necesita de mayor habilidad y agudeza para llevarla a cabo, así también debe tenerse en cuenta que la presencia del observador puede incidir, alterar o modificar las conductas de los observados alterando los resultados.

La prueba piloto del instrumento se llevó a cabo durante una semana desde el 28 de octubre al 2 de noviembre del 2019 en el mismo servicio durante los días lunes, martes, miércoles, jueves y viernes de 7 a 15 hs o en el período que transcurrió un trabajo de parto de mujeres de entre 15 y 35 años, primigestas y sin patologías de base ni del embarazo. Los resultados pueden encontrarse en los anexos. (ver anexo IV)

La prueba piloto debe llevarse a cabo para establecer un control de validez interna, si el instrumento cuenta con las características necesarias que reúnan los requisitos esenciales para todo instrumento que son: confiabilidad, validez y objetividad. La confiabilidad se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales. La validez está relacionada al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir. Y finalmente la objetividad se refiere al grado en que éste es o no permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador que lo administra, califica e interpreta.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable 1: Tipos de analgesia: variable independiente, de tipo cualitativa, escala de medición nominal.

Técnicas o métodos utilizados para producir la desaparición de cualquier sensación de dolor.

Dimensión 1:

Farmacológica: Inyección de anestésicos locales para bloquear un grupo de nervios de una región del cuerpo.

Indicador: Epidural:

Inyección de medicación analgésica en el espacio peridural que se sitúa entre la duramadre y el ligamento amarillo a nivel del espacio intervertebral L3 – L4.

Dimensión 2:

No farmacológica: Técnicas y medidas para lograr la disminución del dolor sin la utilización de fármacos.

Indicadores:

Acompañamiento continuo: presencia de familiar o persona cercana.

Estimulación cutánea: masaje superficial, contacto. Masajes/ presión sobre la zona sacra y lumbar

Relajación y respiración: meditación, respiración controlada: inspiraciones profundas y espiraciones lentas y controladas.

Hidroterapia: baños de inmersión con agua cubriendo el abdomen y a temperatura que no supere los 37°.

Esferodinamia: utilización de pelotas de goma; realización de ejercicios rotatorios y de vaivén sobre la pelota, apoyando la zona perineal en posición sentada.

Utilización de telas: hacer descansar el peso del cuerpo sobre telas colgadas del techo, colocándolas debajo de las axilas a modo de arnés.

Variable 2: Complicaciones maternas, fetales y en el recién nacido: variable dependiente, de tipo cualitativa, escala de medición nominal.

Agravamiento de una situación de salud o un procedimiento médico, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.

Dimensión 1:

Alargamiento de la primera y segunda etapa del parto

Indicadores:

Registro de contracciones de 2 o menos en 10 minutos

Contracciones con duración de 20 segundos o menos

Hipotonía uterina

Requerimiento de utilización de oxitócicos.

Dimensión 2:

Necesidades fisiológicas maternas:

Indicadores:

Tensión arterial sistólica \geq o \leq a 90 mmHg.

Presencia de náuseas y vómitos.

Parto instrumentado:

Utilización de Fórceps

Utilización de Ventosa

Dimensión 3:

Complicaciones fetales

Indicadores:

Frecuencia cardíaca fetal menor a 120 latidos por minuto sostenida fuera de la contracción

Signos de sufrimiento fetal:

Aparición de líquido meconial luego de amniotomía

Líquido verdoso con aspecto de mate cocido

Líquido más espeso con consistencia o aspecto de "puré de arvejas"

Dimensión 4:

Complicaciones en el recién nacido

Indicador:

Test de Apgar evaluando:

- Esfuerzo respiratorio: - bebé no respira
 - respiraciones lentas o irregulares
 - bebé llora bien
- Frecuencia cardíaca: - sin latidos cardíacos
 - Frecuencia cardíaca menor de 100 latidos por minuto
 - Frecuencia cardíaca mayor a 100 latidos por minuto
- Tono muscular: - Músculos flojos y flácidos
 - Algo de tono muscular
 - Movimientos activos
- Reflejo de irritabilidad: - Sin reacción a estímulos
 - Si hay gesticulaciones o muecas
 - Gesticulaciones y tos, estornudos o llanto vigoroso
- Color de la piel: - Piel azul pálido
 - Cuerpo rosado y extremidades azuladas
 - Todo el cuerpo rosado

Cualquier puntaje menor a 7 es una señal de que el bebé necesita atención médica, Cuanto más bajo el puntaje, mayor ayuda necesitará ese bebé para adaptarse fuera del vientre materno.

Previamente a la aplicación y utilización del instrumento se informará a las usuarias del estudio y se procederá a obtener un consentimiento para la participación en el proyecto por escrito.

Para llevar a cabo el proyecto se tendrán en cuenta los principios de bioética en todo el trabajo investigativo.

Principio de beneficencia ya que con el estudio se fomentará y promoverá el bien, no se las expondrá a daños y se asegurará la confidencialidad.

Principio de autonomía: implica el derecho a la autodeterminación y a la información completa, por lo tanto se informará adecuadamente por intermedio del consentimiento informado y entrevista al abordaje, a las usuarias que serán nuestras unidades de análisis, sobre la importancia y la trascendencia de su participación en el trabajo investigativo a realizar, ya que haciendo valer este principio se tiende a hacer valer el bienestar de la persona al permitirle seleccionar lo que considere mejor para sí. Esto para que las usuarias hagan valer su derecho a decidir voluntariamente si participan o no en el estudio, el momento en que quieren retirarse del mismo y a rehusarse a dar información cuando considere que invade su privacidad.

Principio de justicia que incluye el derecho a un trato justo y a preservar su intimidad y a llevar a cabo un reclutamiento y selección de los participantes de forma equitativa, como a respetar la confidencialidad de los datos.

Personal a cargo de la recolección de datos

El instrumento se aplicará al llevar a cabo el estudio de investigación en las salas de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (TPR) en el marco de la metodología utilizada en el desarrollo de la actividad dentro del marco del parto respetado. Dentro de esta forma de trabajo las pacientes se encuentran en habitaciones individuales con espacio, regulación de la intensidad de la luz, elementos a utilizar para la aplicación de analgesia no farmacológica con la posibilidad de la aplicación de analgesia peridural si así lo requiere.

Para la recolección de los datos se requerirá de la participación de, además de la investigadora encargada del proyecto, de dos personas más para esta tarea ya que el tiempo que puede durar un trabajo de parto no es siempre el mismo ni se puede predeterminar. Estas personas serán adiestradas durante cuatro encuentros de dos horas de duración en dos semanas consecutivas los días miércoles y jueves, donde se les darán charlas explicativas sobre la temática del proyecto y la utilización del instrumento y aquellas dudas que puedan surgir al respecto para que se pueda evitar la ocurrencia de inconvenientes y disminuir posibles sesgos en los resultados obtenidos.

Esta recolección de datos se llevará a cabo mediante la observación de utilización de analgesia farmacológica y no farmacológica durante el trabajo de parto y parto; y la aparición de complicaciones maternas, fetales y del recién nacido, en el trabajo de parto y parto, mediante la lista de control en los turnos de 6 a 12 y 12 a 18 de lunes a viernes.

PLAN DE ANÁLISIS

Mediante el plan de análisis se llevará a cabo la cuantificación de los indicadores que permitirá la medición de las variables codificando de esta manera la información para luego llevarla a análisis mediante un software estadístico SPSS.

Para la variable tipos de analgesia se utilizará la lista de control donde se presentan siete ítems el primero correspondiente a la dimensión farmacológica y los seis siguientes correspondientes a indicadores de la dimensión no farmacológica. Donde las opciones de elección serán SI o NO para la observación de si se utilizó o no el método mencionado como indicador.

Para la cuantificación se establecerá para la dimensión farmacológica la opción SI corresponderá al número 1 y 0 para la no utilización. Para la dimensión no farmacológica y sus 6 indicadores corresponderá a la selección de la opción SI el número 1 y el número 0 para la opción NO. Así se establecerá las diferencias de esta manera en una escala nominal de medición:

0: no utilización de analgesia

1: utilización de analgesia farmacológica

De 1 a 6: utilización de analgesia no farmacológica

Para la variable aparición de complicaciones maternas, fetales y en el recién nacido, mediante la lista de control donde las opciones serán SI y NO.

Para la dimensión alargamiento de la primera y segunda etapa del trabajo de parto donde se encuentran 4 ítems relativos a los indicadores para el SI corresponderá el número 1 y para el NO el número 0 por lo tanto:

0: indicará no aparición de complicaciones en esa etapa.

De 1 a 4: indicará aparición de complicaciones.

Para la dimensión Necesidades fisiológicas maternas en el trabajo de parto se encontrarán 2 ítems relativos a los indicadores donde para la opción SI corresponderá el número 1 y para la opción NO, el número 0 por lo tanto:

0: indicará no aparición de complicaciones maternas en el trabajo de parto

De 1 a 2: indicará aparición de complicaciones.

Para la misma dimensión pero en la etapa de parto se encontrarán 2 ítems con opción de elección SI y NO, codificando el SI con el número 1 y el NO con el número 0 estableciéndose como interpretación:

0: indicará no aparición de complicaciones en el parto

De 1 a 2: indicará aparición de complicaciones en el parto.

Para la dimensión complicaciones fetales en el trabajo de parto se encontrarán tres ítems correspondientes a los indicadores donde las opciones de elección serán de SI y NO y donde la codificación será de 1 para SI y 0 para NO, estableciéndose:

0: ausencia de complicaciones fetales en el trabajo de parto

De 1 a 3: aparición de complicaciones fetales en el trabajo de parto.

Para la dimensión Complicaciones en el Recién Nacido se contará con un solo ítem con las mismas opciones de elección de SI y NO y en la cual se establecerá el valor de 1 para el SI y 0 para el NO y donde resultará:

0: no aparición de complicaciones en el recién nacido

1: aparición de complicaciones en el recién nacido.

El tipo de estadística que se utilizará para el análisis de los datos será descriptiva mediante la presentación de los datos de tablas de doble entrada para relacionar las variables. El tipo de análisis será bivariado ya que muestra la relación entre dos variables. Dentro de la estadística descriptiva se utilizarán porcentajes que para la variable tipos de analgesia serán representados en gráficos de tortas y para la aparición de complicaciones se representarán con gráficos de tablas adosadas. Se contará con la colaboración de un estadista.

PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

	MESES				
	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Actividades					
Recolección de datos	X				
Tabulación de datos		X			
Análisis de los datos			X		
Confección del informe				X	
Presentación de conclusiones					X

ANEXOS

ANEXO I

GUÍA DE CONVALIDACIÓN DE SITIO

En primer lugar, se solicitará autorización por escrito a las autoridades de la institución hospitalaria donde se llevará a cabo el proyecto para acceder al sector de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación de dicho Hospital para la recolección de datos necesarios.

Con la finalidad de reconocer en el sitio de estudio características que son necesarias para desarrollar el proyecto, las cuales se relacionan con el problema, la hipótesis y los objetivos, se realizó esta guía de convalidación de sitio que consta de una serie de preguntas que a continuación se detallan en el siguiente instrumento.

¿Qué cantidad de partos anuales y por lo tanto mensuales se llevan a cabo en promedio en el efector?

¿La institución cuenta en sus unidades de Trabajo de parto, Parto y Recuperación (TPR) con el ambiente adecuado para llevar a cabo el parto?

¿Se permite en la internación y durante el trabajo de parto y parto el acompañamiento de algún familiar o persona cercana?

¿Cuentan las habitaciones con elementos para la utilización de analgesia no farmacológica como bañeras, pelotas de goma, telas?

¿Las habitaciones tienen espacio suficiente para la deambulacion y el libre movimiento?

¿El servicio de anestesia cuenta con guardia activa?

¿El personal médico y de enfermería se encuentra capacitado para trabajar con la metodología del parto respetado y la implementación de métodos de analgesia no farmacológica?

¿Tienen en disponibilidad monitores suficientes para el monitoreo fetal durante el trabajo de parto?

¿Se encuentran disponibles y de fácil acceso materiales e insumos para utilizar en caso de necesitar acceso venoso periférico, soluciones de perfusión endovenosa y medicación?

ANEXO II

LISTA DE CONTROL

El instrumento de recolección de datos utilizado para la variable tipos de analgesia, cuenta con siete ítems y tres columnas donde figuran las opciones SI, NO y observaciones donde el investigador realizará un registro de alguna particularidad que crea necesario hacer.

Edad:

Edad gestacional:

Durante el trabajo de parto	SI	NO	Observaciones
Inyección epidural de analgésicos			
Acompañamiento continuo Contención			
Estimulación cutánea Presión /masaje en zona sacra y lumbar			
Técnicas de relajación, meditación, respiración controlada: inspiraciones profundas y expiraciones lentas			
Hidroterapia: baños de inmersión			
Esferodinamia			
Utilización de telas para la suspensión del cuerpo			

Durante el parto	SI	NO	Observaciones
Inyección epidural de analgésicos			
Acompañamiento continuo Contención			
Estimulación cutánea Presión /masaje en zona sacra y lumbar			
Técnicas de relajación, meditación, respiración controlada: inspiraciones profundas y expiraciones lentas			
Hidroterapia: baños de inmersión			
Esferodinamia			
Utilización de telas para la suspensión del cuerpo			

El instrumento para la variable aparición de complicaciones la lista de control será con iguales características que para la variable anterior. En este caso para las complicaciones maternas en el trabajo de parto será de siete ítems y tres columnas con las opciones SI, NO y observaciones.

Durante el trabajo de parto. Alargamiento de la primera y segunda etapa del trabajo de parto	SI	NO
Menos de 2 contracciones en 10 minutos		

Contracciones de menos de 20 segundos de duración		
Hipotonía uterina		
Utilización de oxitocina		
Tensión arterial sistólica < a 90 mmHg		
Aparición de náusea y/o vómitos		

Para la evaluación de las complicaciones fetales durante el mismo período el instrumento contará con dos ítems y tres filas con las opciones SI, NO y observaciones.

Durante el trabajo de parto: Aparición de complicaciones fetales	SI	NO
Frecuencia cardíaca fetal < a 120 latidos por minuto		
Aparición de líquido amniótico meconial agudo o fino		

Para la recolección de datos respecto a las complicaciones en el parto y en lo referente al recién nacido relacionadas con la analgesia tendremos una lista de control con un solo ítem y al igual que para las otras listas dos opciones SI, NO y una fila para observaciones.

En el parto: en el Recién nacido	SI	NO
Test de Apgar con valor < a 7		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Enfermería

Fecha:..... dede 2019.

–La investigación que se va a realizar está relacionada con la utilización o no de analgesia durante el trabajo de parto y parto y la aparición de complicaciones relacionada con ella.

Yo (tipo y número de documento).....
..... Certifico que he sido informada con claridad sobre la observación y recolección de datos que hará la estudiante de enfermería Jorgelina Rodriguez, DNI N° 22908133, quien me ha invitado a participar garantizando anonimato y absoluta confidencialidad, y que en caso de no entender alguna palabra o concepto, se tomará el tiempo que sea necesario para explicarme detalladamente.

Actúo voluntariamente como colaboradora. Soy conocedora de que poseo la libertad para dejar de participar y pedirle que se retire cuando lo crea conveniente y sin necesidad de dar explicación alguna.

..... Persona responsable (en caso que la paciente sea menor de edad)

N° de Documento.....

ANEXO III

Resultado del Estudio Exploratorio

La institución seleccionada para la realización del proyecto cumplió con todas las características necesarias para llevarlo a cabo utilizando la Guía de Convalidación de Sitio se obtuvieron los resultados que a continuación se detallan.

La institución cuenta en sus unidades de TPR, trabajo de parto, parto y recuperación con un ambiente adecuado donde las habitaciones son individuales con luz regulable y donde se crea un contexto tranquilo con la participación y acompañamiento de un familiar o persona allegada que la usuaria desee.

Cada una de las unidades de TPR cuentan con bañeras, esferas de goma, telas colgadas del techo, espacio suficiente para la deambulaci3n y colchonetas para poder adoptar distintas posiciones durante el trabajo de parto y parto.

Así mismo la institución posee servicio de guardia activa de anestesia ofreciendo disponibilidad de realizarla cuando se requiera.

Las habitaciones tienen en disponibilidad un monitor fetal cada una y elementos y materiales necesarios para la cobertura de necesidad de acceso venoso periférico, medicaci3n y soluciones para perfusi3n endovenosa.

La poblaci3n que ser3 seleccionada ser3 de 100 mujeres aproximadamente, que es seg3n datos estadísticos de Hospital, la que recibe atenci3n en un mes, ya que se tienen registros de 1500 partos anuales aproximadamente.

ANEXO IV

Resultado de la prueba piloto

La prueba piloto se llevó a cabo en las salas de TPR del Hospital Roque Saénz Peña de la ciudad de Rosario en la semana comprendida entre el 28 de octubre y el 2 de noviembre de 2019 durante los días lunes, martes, miércoles, jueves y viernes, en el horario de 7 a 15 hs. o en el período que transcurrió un trabajo de parto de una mujer primigesta, que en promedio es de 12 horas aproximadamente, por lo cual se tomó la decisión de involucrar a dos personas más, además de la investigadora, como personal a cargo de la recolección de datos.

Para realizar la prueba el instrumento presentó idénticas características que el utilizado para el relevamiento de los datos del proyecto y estuvo conformada por 24 mujeres en trabajo de parto primíparas y sin patologías previas.

Esta prueba se realizó durante el trabajo de parto cuidando de no interferir con el comportamiento en las conductas de las madres ni del personal que la asistía.

Se obtuvieron buenos resultados respecto de la recepción del instrumento para el proyecto por parte de las mujeres a las cuales al solicitar la firma del consentimiento se les aseguró la confidencialidad del estudio garantizando el respeto a la intimidad.

El personal asistente de las mujeres tanto enfermeros como médicos colaboraron con muy buena predisposición arrojando un resultado de la prueba positivo por lo que no se modificó el instrumento propuesto.

Bibliografía

(s.f.). Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/revision4.pdf>

Arbués, E., & Díaz Bello, I. (2018). *Controversias del uso de analgesia epidural*. Zaragoza: nureinvestigación.es.

Arjona López, M. (2015). *Proceso de parto y estrategias para afrontarlo. Trabajo de fin de Grado. Grado en Enfermería curso académico 2014-2015*. Jaen.

Balust Vidal, J., & Gómez Ferrero, O. (2011). *Manejo del paciente con dolor. Manual de Enfermería en cuidados intensivos*. Barcelona: Monsa Prayma.

Blandine Calais-Germain, N. V. (2007). *Parir en Movimiento*. España: La Liebre de Marzo.

Bueno, R. M.-C. (2012). *Enfermería Obstétrica y Ginecológica*. Barcelona: Ediciones DAE (Grupo Paradigma).

Cabero Roura, L., Saldívar Rodríguez, D., & Cabrillo Rodríguez, E. (2010). *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid, España: Panamericana.

Caceres, D. e. (2019). *Manejo del Trabajo de Parto de Bajo Riesgo de Término*. Buenos Aires.

Celesia, C. (2004). Breve historia de la analgesia en obstetricia. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (en línea)*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91223307>, 122-125.

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. (2010). *Guía para la Atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*. Coordinación Editorial Área de Comunicación Social-DINAMI.

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud. (2010). *Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia*. Coordinación Editorial Área de Comunicación Social-DINAMI.

Estévez Rodríguez, I. (2016). *Analgesia en el Parto. Trabajo de fin de Grado, Grado en Enfermería*. Salamanca.

Herrera Gómez, A. e. (2015). Retrospective study of the association between epidural analgesia during labour and complications for the newborn. *Midwifery- volumen 31*, 613-616.

Hudson Macendo, R. .. (2015). Repercusiones maternas y fetales de la analgesia obstétrica: una revisión integrativa. *Avances en enfermería*, vol. 33 n° 2.

Jones, L. e. (2012). *Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Luces Lago, A. M., Mosquera Pan, L., & Tizón Bouza, E. (2014). LA PELOTA DE PARTO. Redescubriendo un recurso no farmacológico de gran importancia en el proceso de parto. *ROL Enferm*, 36-42.

Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2003). *MODELOS Y TEORÍAS en enfermería*. Madrid: Mosby, Inc., and Elsevier Imprint.

MedlinePlus. (2019). Recuperado el 1 de noviembre de 2019, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003402.htm>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Maternidad y Salud- Ciencia, Conciencia y Experiencia. Informes, Estudios e Investigación*. Madrid: Centro de Publicaciones Paseo del Prado, 18-28014.
- Montoya Garrido, F., & Conceicao Alves, T. M. (2015). *Análisis sobre la interacción de la analgesia epidural en el trabajo de parto*. El Ejido Almería.
- Nieto, A., & Escobar, M. F. (2012). Parto Humanizado. *Carta de la Salud*.
- Nieto, A., & Escobar, M. F. (2012). *Parto Humanizado-Carta de Salud*. Santiago de Cali: Fundación Valle de Lili.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Obtenido de <http://www.who.int/patientsfety/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Ginebra.
- Prof. Jose Angel García Hernández, D. O. (s.f.). *Efecto de la analgesia epidural sobre el estado materno fetal*. Canarias.
- Sartori, A., Vieira, F., Almeida, N., Bezerra, A., & Martins, C. (Enero de 2011). Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. *Enfermería Global*(21). Obtenido de www.um.es/eglobal/
- UNICEF. (2019). Una cuestión de derechos.